



Contribuições da educação permanente aos núcleos ampliados de saúde da família

Contributions from continuous education to family health extended centers

Contribuciones de la educación permanente en los centros de salud familiar extendidos

Carine Vendruscolo^{1,2}

Letícia de Lima Trindade²

Fernanda Karla Metelski^{1,2}

Lara Vandresen^{1,2}

Denise Elvira Pires de Pires¹

Charles Dalcanale Tesser³

Maria Manuela Ferreira Pereira da Silva

Martins^{4,5}

1. Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Florianópolis, SC, Brasil.

2. Universidade do Estado de Santa Catarina, Departamento de Enfermagem. Chapecó, SC, Brasil.

3. Universidade Federal de Santa Catarina, Departamento de Saúde Pública. Florianópolis, SC, Brasil.

4. Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Porto, Portugal.

5. Escola Superior de Enfermagem do Porto. Porto, Portugal.

Autor correspondente:

Carine Vendruscolo

E-mail: carine.vendruscolo@udesc.br

Recebido em 16/09/2019.

Aprovado em 09/01/2020.

DOI: 10.1590/2177-9465-EAN-2019-0273

RESUMO

Objetivo: Analisar como a educação permanente insere-se nas ações dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família.

Método: Pesquisa quanti-qualitativa. Na etapa quantitativa, 359 profissionais de nove macrorregiões de Santa Catarina responderam um *Survey*; na qualitativa, cinco equipes desses Núcleos participaram de grupos focais. Os dados quantitativos foram analisados com *Statistical Package for the Social Sciences* e os qualitativos, com auxílio do *Atlas.ti 8.0*. **Resultados:** As profissionais são, majoritariamente, mulheres, pós-graduadas e que atuam nos Núcleos há mais de três anos. Aproximadamente 50% recebeu qualificação específica e, destas, 46,1% via Telessaúde. Ações típicas de apoio matricial destacaram-se como atividades frequentes nas duas etapas do estudo. Os grupos revelaram que o Ministério da Saúde e o Estado são apoiadores das qualificações; entretanto, falta apoio dos gestores. **Conclusão e Implicações para a prática:** Ações educativas ocorrem durante as práticas. Os profissionais demonstram iniciativa para se fortalecerem em termos formativos, seja por meio da pós-graduação ou busca de outros dispositivos, com destaque para o Telessaúde e a integração com Universidades. Os espaços de diálogo entre os profissionais e o apoio da gestão são importantes estratégias para a educação permanente.

Palavras-chave: Atenção primária à saúde; Saúde da família; Prática profissional; Educação permanente; Capacitação profissional.

ABSTRACT

Objective: To analyze and understand how continuous education inserts itself into the Family Health Extended Centers.

Method: Quanti-qualitative research. Developed on the quantitative stage with 359 professionals from nine macro regions of Santa Catarina answered a *Survey*; on the qualitative one, five teams participated in focal groups. The quantitative data were analyzed with the *Statistical Package for the Social Sciences*, and the qualitative ones, with the support of the *Atlas.ti 8.0*. **Results:** The professionals are women, graduate students and who act in the Centers for more than three years. About 50% received specialized qualification and, of them, 46,1% by means of the Telehealth. Typical actions of matrix support were highlighted as frequent activities on the two stages of the study. The groups revealed that the Health Ministry and the State are supporters of the qualifications; however, it lacks managerial support. **Conclusion and Implications for practice:** Educational actions occur during the practices. The professionals demonstrate initiative to strengthen themselves in qualification terms, either through postgraduate studies or search for other devices, highlighting the Telehealth and integration with Universities. Spaces for dialogue between professionals and management support are important strategies for continuous education.

Keywords: Primary health care; Family health; Professional practice; Continuous education; Professional training.

RESUMEN

Objetivo: Analizar cómo la educación permanente se inserta en los Centros de Salud Familiar Extendidos. **Método:** Investigación cuantitativa. En la fase cuantitativa, 359 profesionales de nueve macrorregiones de Santa Catarina respondieron una encuesta; En términos cualitativos, cinco equipos de estos Centros de Salud participaron en grupos focales. Los datos cuantitativos se analizaron con el paquete estadístico para las Ciencias Sociales y los cualitativos, con la ayuda de *Atlas.ti 8.0*.

Resultados: Las profesionales son, en su mayoría, mujeres, con títulos de postgrado, que trabajan en los Centros de Salud Familiar hace más de tres años. Cerca de 50% recibió cualificación específica y de este porcentaje, el 46,1% lo hizo a través de *Telessaúde*. Las acciones típicas de soporte matricial se destacaron como actividades frecuentes en ambas etapas del estudio. Los grupos revelaron que el Ministerio de Salud y el Estado son partidarios de las cualificaciones; Sin embargo, falta el apoyo por parte de los gerentes. **Conclusión y Implicaciones para la práctica:** Las acciones educativas ocurren durante las prácticas. Los profesionales muestran iniciativa para fortalecerse en términos de capacitación, ya sea a través de estudios de posgrado o mediante la búsqueda de otros dispositivos, entre los cuales, se destaca la telesalud y la integración con las universidades. El diálogo entre los profesionales y el apoyo de la administración son estrategias importantes para el aprendizaje permanente.

Palabras clave: Atención primaria de salud; Salud familiar; Práctica profesional; Educación permanente; Capacitación profesional.

INTRODUÇÃO

Em muitos países que adotam sistemas de saúde com caráter universal, a Atenção Primária à Saúde (APS) constitui a base do sistema, viabilizando acesso aos usuários e sendo diretamente relacionada ao êxito desses sistemas.¹ No Brasil, após 30 anos de Sistema Único de Saúde (SUS), se reconhece que para seus avanços é preciso atuar em rede, articulando diferentes níveis assistenciais como pontos estratégicos de atenção à saúde dos indivíduos e coletividades. A APS, ou Atenção Básica (AB), é considerada um desses pontos e a ordenadora da rede e, para cumprir essas funções, deve concretizar atributos essenciais: ser porta de entrada e primeiro contato, prover atuação integral, longitudinal e coordenar a ação dos demais serviços.²

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é o principal modelo de reorientação da APS/AB, em que o cuidado é realizado por meio de equipes compostas por profissionais generalistas (médico, enfermagem e agentes comunitários de saúde). Cada equipe (eSF) é responsável por um determinado território, conforme preconiza a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).³ A APS/AB deve desenvolver ações voltadas para a prevenção de agravos, a promoção, proteção e recuperação da saúde.² Isso demanda que os serviços de saúde concretizem o atributo do acesso com alta resolubilidade (para a maior parte dos problemas de saúde da população), dentro de uma continuidade de cuidados pela mesma equipe, por um longo período de tempo (longitudinalidade).

Caso não seja possível resolver os problemas da população vinculada, os profissionais da APS/AB, responsáveis pela coordenação do cuidado, acionam cuidados especializados, encaminhando os usuários para outros pontos da Rede de Atenção à Saúde, visando concretizar a integralidade. No Brasil, ao necessitar desse apoio especializado ou em caso de dúvida das eSF, estas podem acessar os Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB), criados com o objetivo de ampliar as ações e a resolubilidade da ESF e proporcionar apoio matricial às eSF, de modo a contribuir para a resolução de casos e ampliar a resolutividade da atenção à saúde nesse nível assistencial.⁴

A metodologia do apoio matricial promove a ativação de espaços de comunicação e deliberação conjunta, compartilhamento de saberes e organização de fluxos na rede. Pode ser desenvolvida em duas interfaces: apoio técnico-pedagógico, que objetiva promover movimentos de educação permanente para os profissionais da eSF; e apoio clínico-assistencial, no qual os profissionais do Nasf-AB, mediante demanda específica, realizam atendimento clínico individual ou coletivo.^{3,4} Inspirado no método Paideia⁵ (metodologia de reformulação dos tradicionais mecanismos de gestão com foco na formação de pessoas e democratização das relações), o apoio matricial pode ser concebido como uma estratégia de educação permanente e de cogestão do trabalho assistencial que valoriza a concepção ampliada do processo saúde-doença, a interdisciplinaridade e a construção conjunta de projetos terapêuticos.^{5,6}

Estudos sobre o Nasf-AB^{7,8} o tratam como dispositivo transformador do processo de trabalho na AB, podendo mobilizar e impactar práticas hegemônicas imersas em cenários de desvalorização dos serviços públicos, além da precarização das condições de trabalho. Todavia, essas pesquisas sinalizam para dificuldades dos profissionais do Nasf-AB para realização de suas funções, decorrentes da formação profissional desarticulada das demandas do SUS. São poucas as produções teóricas que analisam o processo de trabalho do Nasf-AB, acompanhando suas ações e impacto sobre a saúde ou ao menos sobre as práticas de cuidado.

Embora o SUS seja o maior empregador no setor saúde no Brasil, os processos de formação de pessoal para atuar na área da saúde permanecem direcionados às demandas de mercado. As instituições formadoras apresentam propostas que fortalecem a incorporação do ensino tecnológico de alta complexidade a custos elevados, destacando as especialidades. Na contramão desse modelo, a reorientação da formação prevê reflexões sobre a necessidade de práticas colaborativas e educação interprofissional, cujo conceito vincula-se ao trabalho em equipe e negociação de processos decisórios, com respeito às singularidades dos núcleos de saberes e práticas profissionais.^{9,10}

Considerando esses desafios, a atuação dos profissionais do Nasf-AB merece especial atenção, em vista das necessidades de mudanças na formação, atendendo a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.¹¹ Os pressupostos da Educação Permanente em Saúde (EPS) implicam articulação da produção do conhecimento e da prestação de cuidados, mediante aprendizado significativo, com vistas às necessidades da população e à operacionalização do SUS.¹² Para além de processos formais, trata-se de movimentos coletivos e processuais de intercâmbio de saberes que desenvolvem a potência do conhecimento construído no/pelo trabalho. Eles ocorrem nos encontros e interações concretas entre os sujeitos, preferencialmente, com aplicabilidade pedagógica no território profissional e pessoal em que a vida acontece.¹¹⁻¹³

Frente ao exposto, o presente estudo objetivou analisar como a educação permanente insere-se nas ações dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família.

MÉTODO

Pesquisa quanti-qualitativa, na qual os referenciais conceituais e critérios de análise foram o Método Paideia para cogestão de coletivos⁵ e aportes teóricos da educação permanente.^{11,12} O estudo foi desenvolvido no estado de Santa Catarina (SC), abrangendo municípios das nove macrorregiões de saúde, por pesquisadores de cinco Universidades do Sul do Brasil, com participação da Secretaria de Estado da Saúde (SES) e apoio da Fundação de Amparo à Pesquisa e Inovação do estado.

Para a etapa quantitativa foi desenvolvido um estudo transversal do tipo exploratório descritivo, contemplando 149 (53,8%) municípios dentre os 277 que possuíam Nasf-AB implantados no período da coleta de dados, com um total de 1.312 profissionais. O cálculo amostral considerou o nível de significância igual a

4,5% ($p < 0,05$), e o intervalo de confiança igual ou maior que 95%, definindo a necessidade de 358 participantes.

A coleta de dados quanti ocorreu por meio de correio eletrônico e com auxílio da SES. Foi enviado um questionário tipo *survey* elaborado pelos pesquisadores, apresentando o estudo e o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE). Após o aceite do TCLE, um link dava acesso ao instrumento para todos os profissionais do Nasf-AB do estado. Para participar do estudo era necessário estar formalmente atuando no Nasf-AB. Foram excluídos os profissionais afastados por qualquer motivo no período de coleta de dados. No total, obteve-se retorno de 359 profissionais, que atuam no Nasf-AB em todas as nove Macrorregiões do estado, os quais participaram do estudo. A coleta desses dados ocorreu entre maio e junho de 2017.

O *survey* era composto por 19 questões, com subdivisões, algumas fechadas do tipo *Likert* e algumas abertas, incluindo dados sociodemográficos e sociolaborais, questionamentos sobre o processo de trabalho e demandas da atuação cotidiana das equipes. O instrumento obteve elevado coeficiente *alfa* de *Cronbach* ($\alpha = 0,819$) e passou por um teste de instrumento com uma equipe de profissionais do Nasf-AB do Paraná (avaliação por pares), para avaliação da consistência e linguagem. A fim de analisar dados referentes a educação permanente no cotidiano dos profissionais que atuam no Nasf-AB, foram selecionadas as seguintes variáveis: idade; gênero; escolaridade; categoria profissional; tempo de atuação no Nasf-AB; qualificação para atuar no Nasf-AB; origem da qualificação; periodicidade com que participa de reuniões de equipe; periodicidade com que realiza estudos/discussões de caso.

Além disso, foi calculada a frequência de matriciamento, a partir de um escore. Dentre as 19 perguntas do *survey*, 14 envolveram a frequência de realização de matriciamento, considerando-se um arsenal de ações que contemplam esse método, tais como: atividades de apoio técnico assistencial e EPS, busca e análise de dados no território, discussões de casos com eSF, consultas compartilhadas e atividades coletivas/grupos. Esse arranjo permitiu realizar um escore, no qual a opção mais frequente recebeu cinco pontos e a menos frequente um ponto. Dessa forma, o escore total poderia variar de 14 a 70 pontos.

O procedimento analítico dos dados quantitativos foi realizado mediante estatística descritiva. Os dados foram codificados e digitados no programa *Excell*, sendo tabulados e analisados com auxílio do programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 21.0. As variáveis dessa natureza foram descritas por medidas de tendência central e dispersão: média, desvio padrão, mediana e valor mínimo e máximo observado, estimativa por intervalo de confiança para a média populacional com base no número de respostas válidas. As variáveis categóricas foram descritas por meio de frequências absolutas, proporções, nível de significância de 0,05 ($p < \text{igual } 0,05$), e associação significativa mediante teste dos resíduos ajustados a 5% de significância. A variável de desfecho foi a educação permanente, a qual foi associada ao escore de frequência de matriciamento e

as variáveis “atuar exclusivamente no Nasf-AB” e “órgão que promoveu a qualificação”.

Na etapa qualitativa foram realizados cinco grupos focais,¹⁴ nas quais participaram equipes de Nasf-AB, envolvendo 43 profissionais de cinco municípios, pertencentes a quatro das nove Macrorregiões do estado. Nessa etapa de pesquisa, os participantes foram selecionados por conveniência, devido as limitações de deslocamento dos pesquisadores.

Os cinco grupos focais tiveram duração média de duas horas, sendo conduzidos por um entrevistador, um relator (realizava anotações sobre perfil e sequência dos falantes) e apoiadores (circulavam pela sala com os gravadores). As falas foram gravadas e transcritas na íntegra. Para condução dos grupos utilizou-se um roteiro com sete perguntas, dentre as quais, duas apresentavam relação com o estudo: “fale sobre como ocorre o processo de trabalho do Nasf”, e “você se sente preparados/qualificados para as demandas de trabalho do Nasf?” A coleta dos dados foi encerrada de acordo com a saturação teórica, alcançada quando se obteve homogeneidade e repetição nas falas dos entrevistados. Essa etapa do estudo ocorreu entre os meses de setembro a novembro de 2017. As identidades dos participantes foram preservadas mediante codificação (letra N seguida pelo número de ordem sequencial do grupo focal).

A análise dos dados oriundos dos grupos focais ocorreu concomitantemente à produção dos dados. Foi utilizada a análise temática, seguindo os momentos de pré-análise, exploração do material e tratamento dos dados.¹⁵ Utilizou-se como referencial conceitual o arcabouço teórico que orienta a organização dos Nasf-AB, com destaque para o Método Paideia e os aportes teóricos que sustentam a EPS. De maneira complementar, os achados foram inseridos no *Atlas.ti Qualitative Data Analysis & Research Software*, versão 8.0. A partir desses *documents* foi possível selecionar trechos significativos (exploração do material), com base nos objetivos do estudo, associando-os a *codes* identificadores, os quais originaram dois *code groups* (tratamento dos dados): 1) Ministério da Saúde como apoiador; 2) Espaços dialógicos como estratégia de EPS.

A Figura 1 permite a visualização dos dados que emergiram dos grupos focais associados aos *codes* identificadores.

A pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade proponente do estudo sob parecer n. 1.812.835/2016, e respeita todos os preceitos éticos e as diretrizes legislativas brasileiras vigentes, sendo a coleta de dados iniciada somente após apresentação do estudo e aceite dos participantes, mediante assinatura do TCLE.

RESULTADOS

Participaram da etapa quantitativa 359 profissionais que atuavam em 149 dos 295 municípios do estado, sendo que, entre estes, 277 contavam com Nasf-AB implantado no momento da coleta de dados. Portanto, as respostas totalizaram o alcance de 53,8% dos municípios com Nasf-AB implantado.

O *survey* revelou que a maioria são mulheres ($n=315/88\%$), a faixa etária prevalente entre os respondentes para ambos

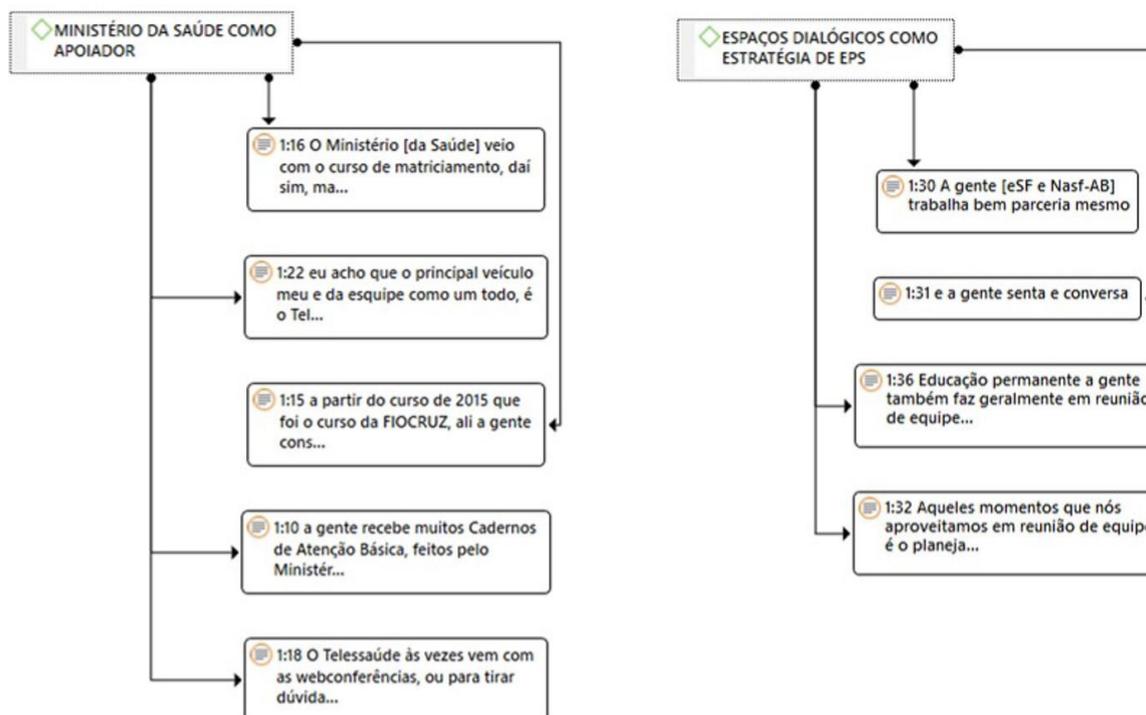


Figura 1 – Dados obtidos através dos grupos focais com os profissionais que atuam no Nasf-AB em SC, Brasil, 2017

Fonte: Elaborado pelos autores com auxílio do software Atlas.ti (2018).

os gêneros foi de 30 a 39 anos ($n=173/50,4\%$), com média de 33,6 anos, desvio padrão de 7,6 anos, idade mínima de 22 e a máxima de 59 anos. A pós-graduação *latu sensu* ($n=256/71,5\%$) foi o nível de formação prevalente e o Doutorado ($n=1/0,6\%$) a titulação máxima. A atuação no Nasf-AB entre três e quatro anos ($n=165/46,1\%$) obteve destaque, seguido de um a dois anos ($n=122/34,1\%$), e menos de um ano ($n=71/19,8\%$).

Dentre as profissões recomendadas pelo Ministério da Saúde (MS) para a composição do Nasf-AB, 11 foram as que se destacaram, sendo as mais frequentes o psicólogo ($n=96/27\%$), fisioterapeuta ($n=65/18,3\%$) e nutricionista ($n=63/17,7\%$), e, as de menor frequência o médico veterinário ($n=1/0,3\%$), terapeuta ocupacional ($n=2/0,6\%$) e sanitaria ($n=3/0,8\%$).

Foi questionado se os profissionais receberam qualificação para desenvolver suas atividades e a maioria sinalizou negativamente (Tabela 1). Entre os que receberam o destaque ficou para o MS, via Telessaúde.

Os grupos focais revelaram que, apesar das qualificações favorecerem a atuação do Nasf-AB, sobretudo pelo acesso do Telessaúde, existem fragilidades, dentre as quais, com destaque, a falta de apoio do gestor municipal para EPS:

Hoje é isso o que a gente tem, o Telessaúde. Não sei se todos os colegas utilizam a ferramenta, mas eu quando tenho dúvida, a gente conversa entre a gente, pesquisa na internet ou usa o Telessaúde [...] saiu um curso de farmacêutico, porém quem tem que correr atrás somos nós, formar um

Tabela 1 – Qualificação e sua origem para a atuação no Nasf-AB em um estado do Sul, Brasil, 2017.

Variáveis	n (%)
Qualificação para atuar no Nasf-AB	
Sim	178 (49,9)
Não	179 (50,1)
Total	357 (99,4)
Origem da qualificação	
Universidades	46 (25,6)
Estado (Escolas da Rede de Escolas Técnicas do SUS/RET-SUS e SES)	45 (25,1)
Município	47 (26,1)
MS (Telessaúde)	83 (46,1)
Total	178 (100)

Fonte: os autores, 2018.

grupo de 40 farmacêuticos para conseguir ganhar esse curso e sofremos para a gestão nos apoiar e liberar (N1).

[...] nós temos buscado alternativas que são oferecidas pelo estado, às vezes, alguns cursos a distância, pós-graduação [...] (N2).

A partir do momento que a gente entra na rede e recebe a matrícula, e a gente pode estar se cadastrando; o principal veículo meu e da equipe é o Telessaúde [...] (N3).

O estudo permitiu identificar a realização de atividades de suporte técnico-assistencial e EPS desenvolvidas pelo Nasf-AB para as eSF. A frequência dessas ações realizadas “diariamente” ou “até três vezes por semana” chegou a 17,4% (n=62), subindo para 44,1% (n=157) para a resposta “até duas vezes por mês”.

Os espaços de diálogo, como reuniões de equipe e estudos/discussões de casos emergiram como estratégias de EPS entre os profissionais do Nasf e com as eSF, conforme segue (a periodicidade está descrita na Tabela 2):

[...] A gente [eSF e Nasf-AB] trabalha bem parceria mesmo [...] senta e conversa, às vezes, é mais saúde mental, às vezes, é mais da psicóloga, é uma situação social, é medicamento, a gente vai buscando [...] (N4).

[...] Educação permanente a gente faz, geralmente, em reunião de equipe [...] Discussão de casos é na reunião de equipe, algumas vezes é feito fora, conversas de corredor, mas quase sempre na reunião, solicitação de apoio ocorre também na reunião, mas casos com mais prioridade ocorre em outros espaços (N5).

Destaca-se que os *codes groups* auxiliaram na análise de que a educação permanente se insere nas ações dos Núcleos de duas formas, basicamente: mediante iniciativas de qualificação ofertadas pelo MS e por meio de oportunidades que

se apresentam como espaços dialógicos (como as reuniões de equipe, por exemplo).

O escore frequência de realização de matriciamento obteve uma média de 52,7 pontos ($\pm 5,6$) com variação entre 17 e 68 pontos, demonstrando uma média mais próxima do limite superior (variação de 14 a 70 pontos). Na Figura 2, observa-se o matriciamento como atividade de alta frequência e a fala a seguir demonstra como a educação permanente contribui para essa função:

[...] a gente não trabalhava com o matriciamento no começo do Nasf, depois estudamos, nos aperfeiçoamos e fizemos alguns cursos, a maioria dos profissionais do Nasf fez cursos, e agente foi se adequando e seguindo a lógica do matriciamento [...] (N2).

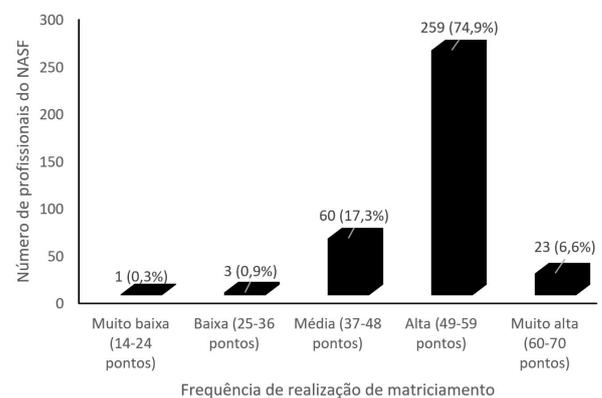


Figura 2 – Distribuição da amostra quanto a frequência de realização de matriciamento em um estado do Sul, Brasil, 2017. **Fonte:** os autores, 2018

Tabela 2 – Realização de reuniões de equipe e estudos/discussões de caso segundo tempo de atuação no Nasf-AB em um estado do Sul, Brasil, 2018.

Variáveis	<1 ano	1 – 2 anos	3 – 4 anos	P
	n (%)	n (%)	n (%)	
Reuniões de equipe				0,022
Semanalmente	43 (60,6)*	42 (34,7)	70 (42,7)	
Quinzenalmente	7 (9,9)	21 (17,4)	28 (17,1)	
Mensalmente	15 (21,1)	48 (39,7)*	44 (26,8)	
Raramente	5 (7,0)	9 (7,4)	17 (10,4)	
Nunca	1 (1,4)	1 (0,8)	5 (3,0)	
Estudos/discussões de casos				0,004
Diariamente	15 (21,4)*	5 (4,1)	16 (9,7)	
Até 3 vezes por semana	26 (37,1)	34 (28,1)	51 (30,9)	
Até 2 vezes por mês	18 (25,7)	64 (52,9)*	70 (42,4)	
Raramente	9 (12,9)	16 (13,2)	25 (15,2)	
Nunca	2 (2,9)	2 (1,7)	3 (1,8)	

* associação estatisticamente significativa pelo teste dos resíduos ajustados a 5% de significância

Fonte: os autores, 2018

Tabela 3 – Associações significativas com o escore de realização de matriciamento em um estado do Sul, Brasil, 2018.

Variáveis	Escore de matriciamento	p
	Média ± DP	
Na Secretaria de Saúde você atua exclusivamente no Nasf-AB		<0,001
Sim	54,2 ± 4,6	
Não	50,8 ± 6,1	
Qualificação promovida no Nasf-AB por qual órgão		0,024
Universidades	54,1 ± 3,4	
Estado	53,5 ± 4,4	
Município	53,3 ± 4,9	
Telessaúde	52,7 ± 4,5	

Fonte: os autores, 2018

Foi observado que os profissionais que atuam, exclusivamente, no Nasf-AB apresentam maior média de realização de matriciamento e os que tiveram qualificação promovida pelas Universidades também desenvolvem mais frequentemente o matriciamento (Tabela 3), independentemente da origem da qualificação (dado apresentado na Tabela 1).

DISCUSSÃO

A abordagem técnica e centrada no paradigma biomédico dos cursos de graduação e a falta de educação permanente nos serviços implica dificuldade de os profissionais compreenderem a complexidade das dimensões constitutivas dos indivíduos e subjetiva da atenção à saúde.¹⁶ Esses entraves, convergentes com pesquisas,^{17,18} foram perceptíveis nas estatísticas e nas falas dos profissionais, ao analisar-se a atuação dos Nasf-AB no contexto investigado. Soma-se a singularidade do processo de trabalho das equipes desses Núcleos e a inconsistência relativa das diretrizes ministeriais, ao orientá-los. Elas estão situadas entre a APS e a atenção secundária (AS), não são acessíveis diretamente aos usuários, são coordenadas pela APS (como toda AS deveria ser) e formadas por profissionais não generalistas, porém induzidos a não atuar como referência especializada - pelas normativas pertencem à APS e com ela se identificam quanto à comum priorização discursiva da prevenção/promoção.⁶

Segundo as diretrizes ministeriais, o trabalho dos Nasf-AB deve priorizar: a) ações clínicas compartilhadas para uma intervenção interdisciplinar, com ênfase no estudo e discussão de casos; b) intervenções específicas do núcleo de saber do profissional do Nasf-AB com os usuários e/ou famílias, a partir de uma

negociação *a priori* com os profissionais da eSF responsáveis pelo caso, de forma que o atendimento individualizado ocorra apenas em situações necessárias; e c) ações compartilhadas nos territórios, desenvolvidas de forma articulada com as eSF e, preferencialmente, com abordagens intersetoriais.⁴ Para que esse processo de trabalho seja efetivado, se lança mão de ferramentas como o apoio matricial, a clínica ampliada, o projeto terapêutico singular, o projeto de saúde no território e a pactuação do apoio.

Embora no estado em questão, boa parte dos profissionais dos Nasf-AB tenham formação em nível de pós-graduação, a fim de se instrumentalizarem para tais atribuições, buscam apoio em ofertas de EPS, considerando-se o escopo de ações que podem ser abarcadas por tal conceito. Os pressupostos da EPS se orientam pela busca de aprendizagem significativa, o que demanda o envolvimento de todos os envolvidos, mediante questões que lhe são caras no processo de trabalho. Tais movimentos implicam ressignificar o cotidiano, fazendo com que este seja provocador da aprendizagem. Isso demanda atuações reflexivas, críticas e propositivas e gera práticas que valorizam a emancipação dos sujeitos e o seu protagonismo.¹²

Nessa direção, o Telessaúde, como Tecnologia de Informação e Comunicação (TIC), tem sido recurso bastante acessado pelos profissionais do Nasf, assim como outros dispositivos ministeriais e propostos pelo estado. Coerente com outras pesquisas, os dados revelam a importância do aprendizado em serviço por meio da comunicação à distância.¹⁹ O alicerce para a estruturação e oferta de serviços pelo Telessaúde é a articulação e trabalho intersetorial que envolve o ensino e o serviço, com suporte nos fundamentos da EPS para responder às necessidades reais dos profissionais apoiados e fortalecer a APS e o SUS.²⁰

As reuniões de equipe se configuram como espaço de diálogo entre os profissionais do Nasf-AB, e destes com a eSF. São momentos pedagógicos, de discussão de casos e troca de informações, convergindo com a EPS. Esse arranjo organizacional dialógico se expressa por meio das interações colaborativas entre os profissionais que vão resolvendo questões relacionadas à gestão e ao cuidado, no seu cotidiano. Alinhado com tal proposição, o Método Paideia corrobora com as tradições libertárias da educação e da política ao sugerir que “na roda” se resolvem problemas e que geralmente não se sai da roda (de cogestão) da mesma forma que entrou.²¹ Nessa direção, a formação de profissionais demanda competências técnicas, ético-políticas e relacionais, acrescidas da sensibilidade para pensar também questões da vida. Propõe-se a formação permanente de sujeitos sob tensão de diversas forças, com diferentes durações, em constante movimento e com possibilidade de transformação.^{5,15} O Método Paideia alinha as construções teóricas e práticas dos campos da Saúde Coletiva, da clínica, da política, da administração, da psicanálise, da análise institucional e da pedagogia.²² Com tais contornos, a proposta do apoio matricial dos Nasf-AB possibilita “colocar [...] seu saber e competência (de campo e núcleo, na medida do cabível) a serviço dos usuários (selecionados ou referenciados) e da eSF, para empoderá-la, aumentar sua resolubilidade e proporcionar educação permanente em saúde (EPS)”.^{23:7}

No âmago dessa proposta, o apoio nasce junto com experiências institucionais voltadas para transformar o cotidiano, pautado na distribuição de poder, a fim de superar modelos hierárquicos. Mais recentemente, discussões sobre a interprofissionalidade também remetem ao trabalho que se orienta para o fortalecimento dos sistemas de saúde, com a redução do sofrimento no trabalho, mediante uma organização participativa e, sobretudo, colaborativa entre profissionais com diferentes núcleos de saber, o que supõe a problematização das relações de poder, transformando momentos de conflito em estratégias pedagógicas, de confronto de ideias e negociação.²⁴

Estudo realizado com gestores de instituições de saúde brasileiras, aponta para a prevalência de uma cultura em que não há critérios para gerir e que a administração se aprende na prática.²⁵ Como alternativa, propõe-se o apoio, como dispositivo de democratização, pautado na participação dos gestores, dos trabalhadores e dos usuários, de modo que as funções de gestão sejam exercidas entre sujeitos, com distintos níveis de saber e de poder, que saibam lidar com afetos mediante pactuações, alteridade e mediação de conflitos.^{12,26} A pesquisa demonstra que o apoio matricial faz parte do cotidiano das equipes, sobretudo quando há movimentos de EPS que colaborem com sua realização. Apesar de poucos estudos corroborarem com esse achado, pesquisa recente sobre apoio matricial sustenta essa atividade como fortalecedora de um olhar mais amplo para a comunidade, em detrimento da lógica de apenas atendimento à demanda.²⁷

A educação permanente emerge no contexto do Nasf-AB ao fazer parte do cotidiano do seu processo laboral e, dessa forma, favorecer a dimensão interprofissional inerente à atuação das equipes. Essa perspectiva compartilha objetivos, desenvolve identidade de equipe²⁸ e busca o cuidado integral, considerando o caráter complexo e dinâmico das necessidades de saúde das coletividades, como coprodutores da saúde. Coerente com recentes pesquisas na área, o estudo revela que o sucesso do Nasf-AB depende da relação que se estabelece entre seus integrantes e os profissionais das eSF e que existem elementos que podem implicar essas relações, tais como formação e experiência profissional e dinâmicas de trabalho.^{29,30} Não foram encontrados estudos nem vislumbramos hipóteses que justifiquem a diferença entre os sexos e sua relação com a realização de matriciamento. Já a sua relação com a atividade exclusiva no Nasf-AB pode ser interpretada, talvez como um maior profissionalismo e domínio do processo de trabalho por aqueles que se dedicam em tempo integral ao Nasf-AB.

Chamou atenção o suporte das Universidades para a EPS, o que demonstra a possibilidade de compreender a educação permanente sob a ótica da integração ensino-serviço. Essa aproximação entre o mundo acadêmico com o mundo do trabalho pode ser uma estratégia para a mudança de relações pré-estabelecidas, provocando movimentos de ação-reflexão-ação.³¹ Outros estudos incentivam a ampliação de espaços de interlocução entre Universidade, serviços, lideranças comunitárias agregando os diferentes atores, das mais diversas instâncias e seus pontos de vista, na direção da reorganização da atenção à saúde.^{12,32}

Como limitação desta pesquisa, se destaca a dificuldade de reunir os profissionais de todas as regiões do estado, bem como de analisar os diferentes contextos sociais em que as equipes atuam. Esse aspecto sinaliza para a necessidade da realização de pesquisas que explorem a temática, a fim de contemplar outros aspectos não abordados.

CONCLUSÕES E IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA

Ações educativas que se aproximam da EPS, voltadas aos profissionais dos Nasf-AB e desses no apoio às equipes de SF ocorrem durante as práticas de matriciamento relatadas pela maioria dos participantes da pesquisa e contribuem para que as equipes de Nasf-AB desempenhem suas atividades. Isso parece ser significativo quando analisado o escore de realização de matriciamento. Os profissionais demonstram iniciativa para se fortalecerem em termos formativos, seja por meio da pós-graduação ou busca de outros dispositivos de EPS, com destaque para o Telessaúde e a integração com Universidades, reforçando o potencial destes no ambiente de trabalho. Contudo, estudos longitudinais poderiam explorar melhor tais associações, podendo compreender melhor aspectos que podem influenciar a integração ensino-serviço.

Permanece como um problema a qualificação dos profissionais dos Nasf-AB para o desempenho das suas práticas. Nesse sentido, o apoio da gestão para o acesso às diferentes possibilidades de educação é fundamental como um dispositivo transformador do seu trabalho, a fim de potencializar a rede de serviços do SUS.

FINANCIAMENTO

Fundação de Amparo à Pesquisa de Santa Catarina (FAPESC). Edital FAPESC no.10/2015 Apoio à Programa de Pesquisa para o SUS (PPSUS-Gestão Compartilhada em Saúde). Termo de Outorga 2016TR2209.

CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

Desenho do estudo de revisão. Aquisição, análise de dados e interpretação dos resultados. Redação e revisão crítica do manuscrito. Aprovação da versão final do artigo. Responsabilidade por todos os aspectos do conteúdo e a integridade do artigo publicado. Carine Vendruscolo. Letícia de Lima Trindade. Fernanda Karla Metelski Análise de dados e interpretação dos resultados. Redação e revisão crítica do manuscrito. Aprovação da versão final do artigo. Responsabilidade por todos os aspectos do conteúdo e a integridade do artigo publicado. Lara Vandresen. Denise Elvira Pires de Pires. Charles Dalcanale Tesser. Maria Manuela Ferreira Pereira da Silva Martins.

EDITOR ASSOCIADO

Maria Catarina Salvador da Motta

REFERÊNCIAS

1. Pati S, Chauhan A, Mahapatra D, Sinha M, Pati D. Practicing health promotion in primary care – a reflective enquiry. *J Prev Med Hyg.* 2017;58(4):E288. PMID:29707659.
2. Starfield B. William Pickles Lecture: primary and specialty care interfaces: the imperative of disease continuity. *Br J Gen Pract.* 2003;53(494):723-9. PMID:15103882.
3. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017 (BR). Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União* [periódico na internet], Brasília (DF), 22 set 2017 [citado 31 out 2018]. Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html
4. Ministério da Saúde (BR), Núcleo de Apoio à Saúde da Família Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2014. (Cadernos de Atenção Básica; no. 39) [citado 2018 jun 30]. Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/nucleo_apoio_saude_familia_cab39.pdf
5. Campos GWS, Figueiredo MD, Pereira Jr N, Castro CP. Application of Paideia methodology to institutional support, matrix support and expanded clinical practice. *Interface.* 2014;18(1):983-95. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622013.0324>.
6. Tesser CD. Núcleos de Apoio à Saúde da Família, seus potenciais e entraves: uma interpretação a partir da atenção primária à saúde. *Interface.* 2016;21(62):565-78. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622015.0939>.
7. Macedo MAV, Ximenes-Guimarães JM, Sampaio JJC, Pereira-Morais AP, Carneiro C. Análisis del proceso de trabajo en centro de apoyo a la salud de la familia ciudad del noreste de Brasil. *Rev Gerenc Polít Salud* [Internet]. 2016; [citado 2019 dez 17]; 15(30):194-211. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/pdf/rgrps/v15n30/v15n30a14.pdf>
8. Volponi PRR, Garanhani ML, Carvalho BG. Núcleo de Apoio à Saúde da Família: potencialidades como dispositivo de mudança na Atenção Básica em Saúde. *Saúde Debate.* 2015;39(spe):221-31. <http://dx.doi.org/10.5935/0103-1104.2015S005418>.
9. Silva FAM, Cassiani SHB, Freire Fo JR. Interprofessional Health Education in the Region of the Americas. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2018;26(0):e3013. <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.0000.3013>.
10. D'Amour D, Goulet L, Labadie J-F, Martín-Rodríguez LS, Pineault R. A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. *BMC Health Serv Res.* 2008;8(1):188. <http://dx.doi.org/10.1186/1472-6963-8-188>. PMID:18803881.
11. Portaria nº 1996, de 20 de agosto de 2007 (BR). Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. *Diário Oficial da União, Brasília (DF),* 20 ago 2007.
12. Vendruscolo C, Ferraz F, Prado ML, Kleba ME, Martini JG. Intersectorial instances of management: movements for the reorientation in Health education. *Interface.* 2018;22(Suppl. 1):1353-64. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622017.0180>.
13. Collar JM, Almeida No JB, Ferla AA. Educação permanente e o cuidado em saúde: ensaio sobre o trabalho como produção inventiva. *Saúde em Redes.* 2015;1(4):53-64. <http://dx.doi.org/10.18310/2446-4813.2015v1n4p53-64>.
14. Barbour R. Grupos focais. Porto Alegre: Artmed; 2009.
15. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14ª ed. São Paulo: Hucitec; 2014.
16. Figueiredo MD, Campos GWS. O apoio Paideia como metodologia para processos de formação em saúde. *Interface.* 2014;18(1, Suppl. 1):931-43. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622013.0323>.
17. Engstrom EM, Motta JI, Venâncio SA. Training of professionals in post-graduation courses in public health and primary healthcare in the municipality of Rio de Janeiro, Brazil. *Cien Saude Colet.* 2016;21(5):1461-70. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015215.00632016>. PMID:27166895.
18. Araújo TAM, Vasconcelos ACCP, Pessoa TRRF, Forte FDS. Multiprofissionalidade e interprofissionalidade em uma residência hospitalar: o olhar de residentes e preceptores. *Interface.* 2017;21(62):601-13. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622016.0295>.
19. Reinius P, Johansson M, Fjellner A, Werr J, Ohlen G, Edgren G. A telephone-based case-management intervention reduces health-care utilization for frequent emergency department visitors. *Eur J Emerg Med.* 2013;20(5):327-34. <http://dx.doi.org/10.1097/MEJ.0b013e328358bf5a>. PMID:22960802.
20. Nilson LG, Maeyama MA, Dolny LL, Boing AF, Calvo MCM. Telessaúde: da implantação ao entendimento como tecnologia social. *RBTS.* 2018;5(1):33-47. <http://dx.doi.org/10.14210/rbts.v5n1.p33-47>.
21. Cunha GT, Campos GWS. Método Paideia para cogestão de coletivos organizados para o trabalho. *Org & Demo* [Internet]. 2010; [citado 2019 dez 17]; 11(1):31-46. Disponível em: <http://www2.marilia.unesp.br/revistas/index.php/orgdemo/article/view/468>
22. Oliveira MM, Campos GWS. Apoios matricial e institucional: analisando suas construções. *Cien Saude Colet.* 2015;20(1):229-38. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014201.21152013>. PMID:25650617.
23. Vendruscolo C, Ferraz F, Tesser CD, Trindade LL. Family Health Support Center: an intersection between primary and secondary health care. *Texto Contexto Enferm.* 2019;28:e20170560. <http://dx.doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2017-0560>.
24. Ceccim RB. Connections and boundaries of interprofessionalism: form and formation. *Interface.* 2018;22(2):1739-49. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622018.0477>.
25. Lorenzetti J, Lanzoni GMM, Assuít LFC, Pires DEP, Ramos FRS. Gestão em saúde no Brasil: diálogo com gestores públicos e privados. *Texto Contexto Enferm.* 2014;23(2):417-25. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07022014000290013>.
26. Souza TP, Carvalho SR. Apoio territorial e equipe multirreferencial: cartografias do encontro entre o apoio institucional e a redução de danos nas ruas e redes de Campinas, SP, Brasil. *Interface.* 2014;18(1, Suppl. 1):945-56. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622013.0518>.
27. Hirdes A. Matrix Support in mental health: the perspective of the experts on the work process. *Saúde Debate.* 2018;42(118):656-68. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201811809>.
28. Agreli HF, Peuzzi M, Silva MC. Patient centred care in interprofessional collaborative practice. *Interface.* 2017;20(59):905-16. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622015.0511>.
29. Souza TS, Medina MG. Nasf: Fragmentação ou integração do trabalho em saúde na APS? *Saúde Debate.* 2018;42(2):145-58. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-11042018s210>.
30. Souza TT, Calvo MCM. Avaliabilidade dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família com foco na integração às equipes apoiadas. *Rev Saude Publica.* 2018;52:41. <http://dx.doi.org/10.11606/S1518-8787.2018052000122>. PMID:29668811.
31. Freire P. Educação e mudança. 34ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2011.
32. Carvalho SOB, Duarte LR, Guerrero JMA. Parceria ensino e serviço em Unidade Básica de Saúde como cenário de ensino-aprendizagem. *Trab Educ Saude.* 2015;13(1):123-44. <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sip00026>.